

Al Direttore Generale
Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi
Viale Borri, 57
21100 VARESE VA

__ I __ sottoscritt __

(cognome)

(nome)

nat__ a _____ (Prov. di _____)

il _____ Codice Fiscale _____

e residente in _____

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

N. Telefono _____

e-mail _____

indirizzo di posta elettronica certificata _____

CHIEDE

di poter partecipare al concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di *n. 5 posti di ASSISTENTE AMMINISTRATIVO, categoria C.*

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana;
 di essere (per i cittadini italiani appartenenti ad uno stato della CEE) cittadino/a dello stato di _____
 di essere familiare di cittadino di uno stato membro dell'Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno stato membro, che è titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
 cittadini di Paesi terzi all'Unione Europea che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di "rifugiato" o di "protezione sussidiaria";
2. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
3. di non aver subito condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte
Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)
Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

- di aver subito le seguenti condanne penali _____
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____

4. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
indicare la durata legale del corso di studi e l'esatta denominazione del diploma posseduto
indicare per la laurea (se posseduta) se vecchio ordinamento/specialistica/magistrale o laurea triennale

conseguito presso _____ il _____

conseguito presso _____ il _____

conseguito presso _____ il _____

conseguito presso _____ il _____

5. di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di **pubbliche amministrazioni**:

► denominazione Ente _____

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

profilo _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____

0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
 (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

► denominazione Ente _____

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

profilo _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____

0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
 (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

► denominazione Ente _____

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

profilo _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____

0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
 (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

► denominazione Ente _____

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

profilo _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____

0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

► denominazione Ente _____

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

profilo _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____

0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

6. di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____

7. che non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 761/79 relativamente all'aggiornamento professionale obbligatorio (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente presso Aziende Sanitarie);

che ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 761/79 relativamente all'aggiornamento professionale obbligatorio (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente presso Aziende Sanitarie);

8. di aver prestato i seguenti servizi presso i sottoriportati datori di lavoro privato:

► Azienda/Società/Studio _____

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

profilo/qualifica _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____

0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

► Azienda/Società/Studio _____

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

profilo/qualifica _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____

0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

► Azienda/Società/Studio _____

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

profilo/qualifica _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____

0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte
Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)
Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

► Azienda/Società/Studio _____
Via/Piazza _____ n. _____
Città _____ CAP _____
profilo/qualifica _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____
0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

► Azienda/Società/Studio _____
Via/Piazza _____ n. _____
Città _____ CAP _____
profilo/qualifica _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato dal _____ al _____
0 tempo pieno (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

con contratto libero/professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

9. di non essere stato licenziato/a, destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione;

10. di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso;

11. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione: _____

12. di appartenere a categorie con diritto a preferenze ai sensi della normativa statale: _____

13. di essere portatore di handicap e di avere necessità del seguente ausilio o tempi aggiuntivi: _____

14. di allegare certificato di iscrizione al collocamento mirato disabili Legge n. 68 del 12.3.1999;

15. che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera la ASST Sette Laghi da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:

via/piazza _____ n. _____ cap _____
Città _____ Prov. _____ Tel n. _____

16. che i documenti allegati alla presente istanza, numerati da 1 a _____ sono conformi agli originali, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;

17. di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs 30.6.2003 n. 196 e smi nonché del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), per gli adempimenti connessi alla presente procedura;

18. Per i cittadini dell'Unione Europea:

di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza
ovvero (specificare i motivi in caso negativo) _____

di avere adeguata conoscenza della lingua italiana. _____

Data _____

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte
Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)
Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

FIRMA

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DELL'ART. 38, COMMA 3, DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____

rilasciato il _____ da _____

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte
Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)
Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it